

## 科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成24年5月31日現在

機関番号：33804

研究種目：若手研究（B）

研究期間：2010～2011年度

課題番号：22792202

研究課題名（和文） 在宅療養中の終末期がん患者の食事摂取に関する看護支援プログラムの作成

研究課題名（英文） Development of the nursing support program on taking meals for in-home care cancer patients in terminal phase

研究代表者

井上 菜穂美（INOUE NAOMI）

聖隷クリストファー大学・看護学部・助教

研究者番号：00454306

研究成果の概要（和文）：本研究の目的は、在宅療養中の終末期がん患者の食事摂取を促進する看護支援プログラムを作成することである。文献検討、緩和ケアに携わる看護師へのヒアリング、ならびに外来通院中の終末期がん患者 12 名に対する面接調査を行ない、得られたデータを質的に分析した結果、患者が体験する困難・苦痛、対処行動ならびにニーズが明らかとなった。以上の結果に基づき、①栄養アセスメントと身体機能の評価、②積極的な症状コントロールとセルフマネジメントの促進、③個々の病状に応じた具体的な情報提供、④患者・家族への継続的支援から構成される看護支援プログラムを作成した。

研究成果の概要（英文）：The purpose of this study is to develop the nursing support program for cancer patients in terminal phase to take meals at home. To add to literature reviews and inquiries to nurses of palliative care, the study shows what kinds of difficulties and suffering the patients have and how they cope with these as well as their needs from interviews of 12 cancer patients in terminal phase in-home care. With the result, the nursing support program is composed of “nutritional assessment and evaluation on physical function”, “assistance on effective symptom control and self-management”, “individual medical informational support for each patient” and “continuous support for both patients and their families”.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
2010年度	500,000	150,000	650,000
2011年度	500,000	150,000	650,000
総計	1,000,000	300,000	1,300,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学・臨床看護学

キーワード：がん看護学、終末期がん患者、食事摂取、在宅看護

## 1. 研究開始当初の背景

我が国では、2007年4月のがん対策基本法が制定され、その基本的施策の一つにがん患者の療養生活の質の維持向上が掲げられ、

国及び地方公共団体の役割として適切な緩和ケアの提供が明記された。そして、各都道府県に設置されているがん診療連携拠点病院が取り組む課題として、外来における適切な緩和ケアを提供する体制の整備が挙げら

れている。また、在院日数の短縮や包括医療の推進など医療制度改革による在宅医療への関心は終末期がん患者においても例外ではなく、より適切な緩和ケアの提供が求められている。

がん患者は、病状の進行にともない食事摂取困難や食欲不振をはじめとして腹水、悪心・嘔吐、便秘などの消化器症状を生じやすい。進行がん患者はがん悪液質の状態に陥っていることが多く、実際には活動性や代謝率の低下があり、少ない摂取カロリーで十分であるとされる。しかし、終末期がん患者の食の意義について、先行研究では「食べる」ことは終末期がん患者にとって生への希望そのものであり、「食べられないこと」は生きる上での大きな喪失として感じられるものであることが明らかにされてきた。

我が国における経口摂取が困難な状態にあるがん患者に対しては、高カロリー輸液を含む経静脈的な輸液治療、経鼻カテーテルやPEG（経皮内視鏡的胃瘻造設術）を利用した経腸栄養の他、外科的緩和療法など様々な治療法が行われており、その効果が報告されている。また、終末期がん患者においてもNST（栄養サポートチーム）の介入により経口摂取が可能となり、効果が見られた症例について報告されている。しかし、これらの報告は入院中の終末期がん患者を対象としており、在宅療養中の患者に対する援助については明らかではない。さらに、我が国におけるがん患者の食事摂取に関する看護研究は、がん化学療法を受けている患者や、消化器がん術後患者など治療期にある患者を対象とした研究が中心である。

患者にとっての食事摂取は、身体の維持という身体的側面のみならず、生きる希望そのものであり、患者のQOLを維持・向上するために不可欠な要素である。このような患者の「食べたい」という希望を尊重した看護支援プログラムを作成することは、緩和ケアの充実のためには不可欠である。今後増加が予測される在宅療養中の終末期がん患者に対する看護支援の充実は、在宅医療を推進する施策においても意義深いものと言える。

## 2. 研究の目的

本研究の目的は、在宅療養中の終末期がん患者の食事摂取を促進する看護支援プログラムを作成することである。そのための具体的な目標は以下の3点である。

- (1) 終末期がん患者の食事摂取・栄養管理に関する動向調査により現状を把握する。
- (2) 在宅療養中の終末期がん患者の食事摂取に関する困難、苦痛と対処を明らかにする。
- (3) (1)(2)で得られた結果を検討し、看護支援プログラムを作成する。

## 3. 研究の方法

(1) 終末期がん患者の食事摂取・栄養管理に関する動向調査

### ①目的

国内外の資料を広く検索し、終末期がん患者の食事摂取・栄養管理に関する文献検討を行なう。また、がん診療連携拠点病院に指定されている医療機関を視察し、看護師へのヒアリングを行い看護支援の現状を把握する。

### ②内容

終末期がん患者の消化器症状のマネジメントと治療・看護、終末期がん患者の食事・栄養状態と管理の状況、終末期がん患者のQOLの影響要因、外来診療や相談窓口など在宅療養中の患者家族の支援体制、在宅看護・在宅ホスピス制度など

(2) 在宅療養中の終末期がん患者に対する面接調査

### ①目的

在宅療養中の終末期がん患者の食事摂取に関する困難、苦痛と対処を明らかにする。

### ②対象

地域がん診療連携拠点病院において外来通院中の終末期がん患者で、以下の条件を満たし、研究参加の同意が得られたもの

- ・病名告知を受けている（予後告知の有無、診療科は問わない）
- ・担当医師により積極的治療を行っても生命予後が半年以内と推定されている
- ・意思疎通に問題がない
- ・心身ともに面接に耐えうる状態である

### ③方法

研究目的に基づき作成したインタビューガイドを用いて、研究参加の同意が得られた対象者に対して個別面接を行い、データ収集する。調査内容は、現在の食事摂取状況、食事摂取に関わる身体的・心理社会的苦痛や困難な事柄、それに対する思い、対処行動、栄養状態、必要と考えるサポートなどである。

面接の回数は1回とするが、追加面接が必要な場合は承諾を得た上で複数回実施する。

インタビューは30分から1時間程度とし、対象者の了解が得られた場合はICレコーダーを用いて録音し逐語録を作成する。同意が得られなかった場合はメモをとり、インタビュー終了後に逐語録を作成する。面接の際には施設内のプライバシーが保持できる面談室や処置室などを使用する。

また、診療記録から対象者の基本情報、診療に関する情報を収集する。

### ④分析方法

録音内容およびメモを基に逐語録を作成し、質的内容分析を行なう。逐語録を熟読し、在宅療養中の終末期がん患者が体験している食事摂取に関する困難・苦痛、対処に関連

した内容をすべて抽出しコード化する。さらに意味内容の類似するコードを集約し、カテゴリー化を図る。

#### ⑤倫理的配慮

研究者の所属施設ならびに研究協力施設の倫理委員会の承認を得て研究を行なう。

対象者には、研究協力を依頼する時点およびインタビューに先立ち、研究目的と方法、自由意思による研究参加の保証、途中中断の自由の保証、本研究に限った研究結果の使用の保証、プライバシーの確保、得られたデータの保管方法について文書を用いて十分に説明し、その上で研究協力への意思を確認し、同意を得た。

#### (3)看護支援プログラムの作成

(1)および(2)で得られた結果から、在宅療養中の終末期がん患者の食事摂取を促進する看護支援プログラムの構成内容を検討する。検討の際には、緩和ケアに携わるがん看護専門看護師及びがん看護に精通する専門家によるスーパーバイズを受ける。

### 4. 研究成果

#### (1)動向調査の結果

##### ①文献検討による示唆

終末期がん患者の栄養管理においては、がん悪液質の発現の有無の判定が重要であり、十分な評価が求められる。患者は、がんの進行に伴い、中等度以上の栄養障害を有することが多く、栄養障害の原因と程度、病態を明確にする必要がある。終末期がん患者の栄養障害の要因として、がんの進展にともなう病態による栄養障害と、治療やケアにともなう不適切な栄養管理による栄養障害とがあるが、終末期の患者においては互いに複雑に関連することが多く、個別の管理が必要とされる。また、患者や家族の意思を尊重することが重要である。

近年の研究では、がん細胞から放出されるサイトカインによる炎症反応によって代謝が亢進し体重や筋肉量の減少を生じることが明らかにされ、がんは炎症性疾患としてとらえることができる。そのため、治療期からの栄養管理がその後の患者のQOLにも影響を及ぼすとされ、EPA(エイコサペンタエン酸)、DHA(ドコサヘキサエン酸)を用いた栄養療法によって、体内で生じる炎症を抑え代謝を是正し筋蛋白の増加を図ること、栄養療法と同時に運動療法を取り入れることによって、治療に耐えうる体力を維持することが大切である。また、このような栄養療法は悪心、嘔吐等の化学療法の有害事象を減少させ、身体機能の維持につながるとの報告もある。

以上のことから、終末期がん患者の栄養に関しては、医師、栄養士、リハビリ療法士な

どの専門家と協働し、患者の栄養状態や病態を把握し、必要な栄養を摂取できるような関わりが必要である。また、適切な栄養補助食品や摂取方法、運動療法に関する患者・家族への教育的な関わりの重要性が示された。

##### ②視察・ヒアリングによる示唆

地域がん診療連携拠点病院に指定されている4施設を視察し、主に緩和ケアを担当する診療科外来に勤務する看護師にヒアリングを行った。看護師が担当する外来は、医師の診察に看護師が同席し、患者の症状や日常生活の状況、困難などを患者・家族から問診し、診察に活用していた。また、診察前後に患者・家族と面談を行い、個別的な看護援助を提供することが可能な体制であった。その一方で、外来がん患者が多いと推測される外科、内科など一般診療科外来においては、処置や検査説明などの他業務が多く、看護師が診察に同席することは困難であり、患者・家族に十分に関わる時間が確保できない状況であった。施設によっては、外来診察は医療秘書が同席しており、診察中の会話で看護師の介入が必要と判断された場合に医師や医療秘書からよばれ、診察後に個別に介入している、と回答した施設もあった。

通常の相談窓口には医療ソーシャルワーカーや事務職員、退院支援を担当する看護師が常在していたが、栄養士が面談を担当する栄養相談は、外来患者に対しては予約制であった。そのため外来患者が気軽に相談できる体制ではなく、食事や栄養について支援を得ることが困難な状況であると言える。

以上のことから、通院治療中の終末期がん患者が食事摂取に関する看護支援を得ることが困難な現状であることが伺えた。外来看護師が短時間で効率よく患者・家族から情報収集を行い、医師や栄養士、薬剤師など適切な職種に介入を依頼できる体制の整備、外来で個別に面談するための面談室、看護師のマンパワー確保など、外来看護体制の整備が必要であると考えられた。また、がん診療連携拠点病院が担う役割であるがん相談窓口について、通院中の患者・家族にとっては、外来診察の場や外来相談窓口は、医療者に個別に相談できる貴重な機会であることから、がん相談窓口のさらなる機能の拡大、充実の必要性が示唆された。

#### (2)在宅療養中の終末期がん患者への面接調査の結果

##### ①対象者の背景

地域がん診療連携拠点病院の外来に通院中で、研究参加への同意が得られた患者12名(男性7名、女性5名)を対象に面接調査を実施した。対象者の平均年齢は65.9±10.8歳で半数を70歳代が占めた。対象者のうち4名は有職者であり、全員が同居家族ありと回

答した。対象者の背景は表1に示す。

表1 対象者の背景 (n=12)

項目	人数(%)
性別	男性 7名(58.3%) 女性 5名(41.7%)
年齢	40歳代 1名(8.3%) 50歳代 2名(16.7%) 60歳代 3名(25.0%) 70歳代 6名(50.0%)
診断名	結腸がん 3名(25.0%) 肺がん 2名(16.7%) 乳がん 2名(16.7%) 卵巣がん 1名(8.3%) 膵がん 1名(8.3%) 肝細胞がん 1名(8.3%) 胃がん 1名(8.3%) 直腸がん 1名(8.3%)
PS	1 5名(41.7%) 2 4名(33.3%) 3 3名(25.0%)
職業	あり 4名(33.3%) なし 8名(66.7%)
同居家族	あり 12名(100%) なし 0名(0.0%)
身体症状 (複数)	倦怠感 7名(58.3%) 食欲不振 7名(58.3%) ふらつき 3名(25.0%) 腹部膨満感 3名(25.0%) 腹痛 2名(16.7%) 嘔気 2名(16.7%) 咳嗽 2名(16.7%) 呼吸困難感 2名(16.7%) ----- 嘔声、胸焼け 骨転移痛、嘔 声、口腔内異和 感、腸蠕動痛 1名(8.3%)

②食事摂取に関わる苦痛および困難

分析の結果、対象者が体験した食事摂取に関わる苦痛および困難は、9のカテゴリーに集約された。得られたカテゴリーを表2に示す。以下カテゴリー名を【 】、サブカテゴリーを< >、コードを「 」で示す。

表2 食事摂取に関わる苦痛および困難

食事内容や摂取量についての不安
がんの進展にともなう身体症状による食事時の苦痛
食事摂取そのものによる身体症状の増強
思うように活動できないつらさ
社会生活を送る上での支障
適切な情報の不足による戸惑い
食べる楽しみの喪失
がん治療にともなう後遺症による食事摂取障害
家族への負担感

【食事内容や摂取量についての不安】について、対象者は「食べやすいものを食べていると栄養が偏るのではと心配」「少量しか食べられず痩せる一方」と語り、既往歴に消化器疾患のある対象者は、もともと小食だった上のがんの進行により摂取量がさらに減少したことにより「体を維持するのに十分な栄養を摂取できない」と嘆いた。

【がんの進展にともなう身体症状による食事時の苦痛】は「腹部膨満のために食事が入っていかない」「倦怠感が強く食欲がわからない」「体の痛みが強く食事中に座ってられない」など、がんの進展によって生じた身体症状のために、食事時間そのものが苦痛となり、食事摂取に悪影響を及ぼしている状況を意味する。

【食事摂取そのものによる身体症状の増強】について、対象者は「食後の腸蠕動痛が恐怖で食べられない」「嚥下が刺激となり咳嗽を誘発してつらい」「貧血による動悸がして食事時間がつらい」と語り、食事摂取によって身体症状を誘発、もしくは症状が増強するために食事自体が苦痛となっており、食事摂取に影響を及ぼしていた。

【思うように活動できないつらさ】は< ADLの低下を自覚する><動けなくなる自分に気づきつらい>の2つのサブカテゴリーで構成された。対象者は「体力が低下し寝ている時間が増えてきた」「身の回りのことくらい自分でしたいができない」「体力が低下して体に力が入らない」などと語り、体力の低下により活動制限が生じ、自分で思うように動くことができないつらさを体験していた。

【がん治療にともなう後遺症による食事摂取障害】は、「何を食べても味がわからない」「食事の好みが変わって食べられるものがない」など、対象者がこれまでに受けてきた化学療法などががん治療による味覚や嗅覚の変化によって、嗜好の変化や食欲不振を招くことで食事摂取に影響を及ぼしていた。

【食べる楽しみの喪失】は<食事の楽しみが感じられなくなった><病状の進行による食事内容の制限を余儀なくされる>の2つのサブカテゴリーで構成された。対象者は「何を食べてもおいしいと感じない」「家族との団欒の機会を失ってしまった」「通過障害のために流動物しか食べられない」などと語った。

【社会生活を送る上での支障】は、主に有職者から「仕事の付き合いが思うようにできない」「同僚の視線が気になる」「食べられるものが少なく外食の機会が減少する」などの語りから得られた。職業人として社会とつながりをもつ対象者は、食事内容の制限によって外食や職場の付き合いに参加することが困難となり、社会生活を送る上での困難を感じていた。

【適切な情報の不足による戸惑い】は、「何を食べたらよいかわからない」「栄養補助食品の種類が少なく飽きる」「医療者の説明が人により異なり混乱する」などの語りから得られた。十分な情報を提供されていない、また医療職者からの情報の内容が異なることで、さらに困惑するという困難を体験していた。

【家族への負担感】は「食事を作ってくれる家族に申し訳なく思う」「家族に負担をかけることを申し訳なく思う」など、支えてくれる家族に対しての申し訳なさ、負担感を抱いていた。

以上の結果から、対象者は、がんの進行による症状に加え、食事摂取障害に伴う身体的苦痛を抱えていた。また心理社会的な困難を体験しており、これらの苦痛や困難を複数抱えながら生活していることが明らかとなった。

### ③食事摂取に関わる苦痛・困難への対処

分析の結果、対象者の食事摂取に関わる苦痛および困難に対する対処は10のカテゴリーに集約された。得られたカテゴリーは表3に示す。

表3 食事摂取に関わる苦痛・困難への対処

体に良い食べ物に関する情報を探求する
自分の病状に適切な食事内容を選択する
食べ方を工夫する
積極的に症状緩和を図る
周囲が勧める食品を取り入れる
周囲のサポートを活用する
体力を維持するために努力して食べる
治療による後遺症は仕方ないと思う
周囲に感謝する
社会とのつながりを保つ

【体に良い食べ物に関する情報を探求する】は、体に良い食事内容について自ら雑誌やインターネットなどを活用して情報を探すという対処行動を意味する。自ら「少しでも体に良いものを食べるよう本や雑誌で調べる」「自分の病気にあった食事について情報を探す」などの語りで示された。

【自分の病状に適切な食事内容を選択する】は、対象者が自分なりに自身の病状をふまえて適切であると考えた食事内容を選択し、摂取するという対処行動を意味する。＜自分の病状に適した食品を選択する＞＜栄養がつくと思うものを取り入れる＞＜食べやすいものを選択して食べる＞など5つのサブカテゴリーで構成された。

【食べ方を工夫する】は、対象者が身体症状の出現を予防し、少しでも摂取量を増やすことができるように食事摂取の方法を工夫するという対処行動を意味する。＜症状が出現しないよう食べ方を工夫する＞＜いつでも食べられるように周囲の環境を整える＞など4つのサブカテゴリーで構成された。

【積極的に症状緩和を図る】は多くの対象

者から表出された対処であり、食事摂取に伴う身体症状を増悪させないようにあらかじめ処方薬を活用し症状緩和を図る、という対処行動を意味する。「腹痛が出現しないように食前に鎮痛剤を内服する」「スムーズに食べられるように食前に含嗽薬を使用する」などの対象者の語りで示された。

【周囲が勧める食品を取り入れる】、【周囲のサポートを活用する】は、対象者の周囲でサポートしてくれる存在である家族や親戚、医療者からの支援を素直に受け入れるという対処行動である。

【体力を維持するために努力して食べる】は、人間らしい生活を維持するために、必要な体力を低下させないよう無理をしても食事を継続するという対処行動を意味する。＜体を維持するために努力して食べる＞＜生きるために努力して食べる＞などの3カテゴリーで構成された。

【治療による後遺症は仕方ないと思う】、【周囲に感謝する】、【社会とのつながりを保つ】は情緒志向的対処であると考えられた。対象者は、これまでに受けてきた化学療法や放射線療法による影響である味覚障害について「味覚障害はこれまでの治療のせいだから仕方がない」「何をしても治らない」と現状を受け止め、「少しでも食べられる自分は幸せだと思う」と経口摂取が継続できることを前向きにとらえていた。

以上の結果から、対象者はがん終末期という苦痛や困難が多い状況においても、様々な方法の問題志向的対処や情動志向的対処によってそれぞれの困難に前向きに取り組んでいることが明らかとなった。

### ④在宅療養中の終末期がん患者の食事摂取に関するニーズ

②、③の結果ならびにインタビューで得られた内容から、在宅療養中の終末期がん患者の食事摂取に関するニーズは、【食事摂取を継続し生きながらえたい】、【食べる楽しみを維持したい】、【医療者からの継続的な支援を得たい】、【自立した生活を送りたい】の4つのニーズに整理された。

【食事摂取を継続し生きながらえたい】は、対象者が可能な限り食事摂取を継続することで体力の低下を防ぎ、命をつなぎたいというニーズである。そのため、個々の病態に合わせた細やかな栄養状態の評価と適切な食事指導が必要であると考えられる。

【食べる楽しみを維持したい】は、対象者にとって食事は身体維持のための方策だけではなく、家族との団欒や社会とのつながりを保つために大切な機会であると考え、その楽しみを維持することによって精神的安寧を保ちたいというニーズであると考えられる。そのため、食事時間を安楽に過ごせるために身体症状の緩和を図ることが必要で

あると考えられる。患者自身が症状緩和に参画し、苦痛の増強因子と緩和因子、緩和のための薬剤の使用状況と効果、薬剤の使用方法等について細かに情報収集を行ない、適切な症状緩和の方法についての個別指導が必要である。

【医療者からの継続的な支援を得たい】は、入院中と異なり、医療者からの支援を受けることが困難な状況にある患者と家族にとって、在宅療養で生じる様々な不安を軽減するために必要なニーズであると考えられる。外来通院や訪問サービス利用の際に、定期的に医療者と対話する機会をもつことにより医療者との切れ目のない関係性を維持することが必要であると考えられる。

【自立した生活を送りたい】は、体力の低下やADL低下を自覚している対象者が、可能な限り周囲の人々に迷惑をかけずに過ごしたいとするニーズである。毎日食事を作ってくれる家族に対する負担感に配慮した関わりが必要であり、家族に対しても簡便な調理方法や活用できるサービスなどの情報提供を行い、家族の直接的な負担を軽減するとともに、患者自身の負担感を軽減することが必要である。また、自宅で実施可能な運動療法を取り入れることにより、筋力低下を防ぎ、活動性を維持するための援助も必要であると考えられる。

### (3) 看護支援プログラムの作成

(1)(2)で得られた結果から、在宅療養中の終末期がん患者の食事摂取を促進するための看護支援プログラムを作成した。

プログラムの目標は、「対象者が食事摂取を可能な限り継続できるための身体症状の緩和と、心理社会的支援の充実を図ること」である。プログラムの要素は、①栄養アセスメントと身体機能の評価、②積極的な症状コントロールとセルフマネジメントの促進、③個々の病状に応じた具体的な情報提供、④患者・家族への継続的支援、で構成された。

#### ① 栄養アセスメントと身体機能の評価

栄養状態、食事摂取状態を把握するための簡易式の共通フォーマットを作成し、外来受診もしくは訪問時の対象者の状態を記載する。血液検査データと体重変化、摂取状況が一覧で把握できる書式とし、がん悪液質の状態であるか栄養障害の評価を行う。特に消化器がん患者の場合、消化管閉塞等の器質的変化により食事摂取が困難となることが多いため、多職種で評価を行うことが重要である。

#### ② 積極的な症状コントロールとセルフマネジメントの促進

対象者が自宅で簡便に記載できる自記式ノートを活用する。身体症状の緩和で用いる薬剤の使用状況や注意点について、患者・家族が理解できるよう薬剤シートを作成し、外

来受診もしくは訪問時に患者・家族とともに薬剤の使用状況や効果について評価する。終末期がん患者の身体症状は個別性があり細やかな配慮が必要であるため、個別にゆっくりと対話できる環境を整備し、在宅生活で生じる困難や苦痛を表出できる機会とすることが重要である。

#### ③ 個々の病状に応じた具体的な情報提供

対象者は終末期の状態に至るまでに種々の治療を受けており、有害事象による苦痛を抱えていることが多い。また、転移や再発部位も個々の患者により異なることから、個々の病状に応じた食事内容や摂取方法について情報提供することが必要である。栄養士と協働し、簡便に摂取できる栄養補助食品の一覧を作成し、価格や購入方法等の詳細な情報提供が必要である。居住地域における食事宅配事業等のサポートに関する情報も負担軽減のために必要である。

以上の内容を含むプログラムの実施は、個別介入として、個々の病状に応じて定期的に継続して介入する（④患者・家族への継続的支援）。終末期がん患者の病状は刻々と変化するため、介入時期を定めることは困難である。退院後の初回外来、2回目までは全例介入し自宅での生活を細かにヒアリングしながら栄養状態や身体機能を評価する。その後は適宜介入を継続する。プログラムを実施する看護師は、患者・家族の苦痛や困難を理解するように努め、寄り添い、見守りながら解決策を探っていく誠実な姿勢で支援していくことが重要である。

以上のように、在宅療養中の終末期がん患者の食事摂取に関する看護支援プログラムを作成した。今後は本研究で作成されたプログラムを実施し、プログラムの構成内容を検証すること、またプログラムの実施による効果を検証することが必要である。

### 5. 主な発表論文等

〔学会発表〕（計1件）

① 井上菜穂美：在宅療養中の終末期がん患者の食事摂取における体験. 第16回日本緩和医療学会学術大会（北海道），平成23年7月29日

### 6. 研究組織

(1) 研究代表者

井上 菜穂美 (INOUE NAOMI)

聖隷クリストファー大学・看護学部・助教  
研究者番号 00454306